

1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915

THÈSE

N°

POUR LE

DIPLOME UNIVERSITAIRE

(MENTION : *Médecine*).

PAR

Jean VALIADIS

Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Né à l'île de Chio, Grèce, le 28 Mai 1885.

ÉTUDE

SUR LA

SYPHILIS OSSEUSE

Président : E. GAUCHER, Professeur.

PARIS

LE FRANÇOIS, LIBRAIRE

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	{ WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	{ DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Clinique médicale.	
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	{ DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	{ BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

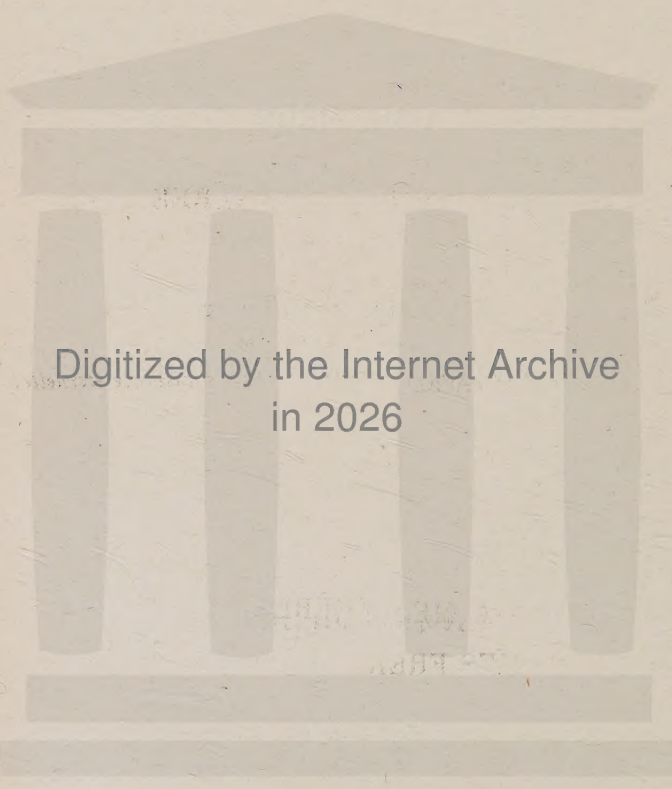
A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ADORÉ NESTOR

A MES FRÈRES

A MA SOEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE

STAMATIOS PROÏOS

Grand Évergète National.

Signe de reconnaissance éternelle.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BLANCHARD

Professeur de Parasitologie de la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR MORESTIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR GASTOU

Chef du laboratoire central
et du service radiologique de l'hôpital Saint-Louis.

AVANT-PROPOS

Que mes premières paroles soient des paroles de reconnaissance, d'admiration et d'amour pour la France éternelle. Elle fut toujours belle et sublime mais elle n'a jamais paru aussi belle qu'aujourd'hui.

Comme Athéna Promachos revêtue de sa belle panoplie, la France, faisant de tous ses nobles fils son rempart, lutte aujourd'hui pour l'édification d'une meilleure humanité. Champion de toutes les causes généreuses, la France est la protagoniste dans cette noble lutte. Rôle plein de sacrifices mais, aussi, rôle d'honneur. La victoire sera d'autant plus efficace, d'autant plus belle qu'elle sera plus française.

SYPHILIS OSSEUSE ACQUISE

CHAPITRE I

FRÉQUENCE

Les lésions osseuses constituent une des manifestations les plus fréquentes de la syphilis. La majorité des auteurs considèrent les lésions du squelette comme occupant le deuxième ou le troisième rang après celles du derme et de l'hypoderme.

« Les os, dit Fournier, composent un des systèmes organiques les plus éprouvés par la syphilis.

« D'une part, chacun sait avec quelle fréquence ils sont affectés dans la période tertiaire de la syphilis. Cette fréquence, je suis à même de la préciser. Par ordre numérique, ils figurent au troisième rang des manifestations du tertiarisme, le premier étant accaparé de haute main par le système nerveux et le second par le système cutané. Et ils laissent derrière eux, très largement distancés, les lésions tertiaires du voile palatin, qui tiennent le quatrième rang. On peut donc, en toute assurance, dire que les lésions osseuses constituent une des manifestations les plus usuelles de la syphilis tertiaire.

« D'autre part, les accidents osseux de la syphilis ne

prennent pas seulement place dans l'étape tertiaire. Fréquemment, bien plus fréquemment qu'on ne le croit, en général, ils constituent un des modes d'expression de la syphilis secondaire. Ils abondent, on peut le dire, dans cette période, mais à un âge peu avancé de cette période, comme nous le verrons par ce qui va suivre.

En sorte, qu'au total les affections osseuses de la syphilis sont des plus communes ». (A. Fournier).

Échéance d'invasion. — Les os peuvent être attaqués à toutes les périodes de la syphilis.

A la période secondaire on observe des périostites et des périostoses. Ces complications considérées par certains auteurs comme exceptionnelles sont au contraire pour d'autres très fréquentes. Elles peuvent survenir dès les premiers mois après le chancre, contemporains ou même précurseurs de la roséole. On les observe également en même temps que les syphilides papuleuses généralisées et au cours des premières années de la maladie.

A la période tertiaire appartiennent les véritables lésions osseuses syphilitiques, les *ostéophyloses* proprement dites, les ostéomyélites gommeuses plus ou moins profondes. Elles peuvent apparaître de longues années après l'accident primitif jusqu'à 5, 10, 30, 50 ans.

Voici d'après une statistique de Fournier à quel âge de la maladie font invasion les manifestations du tertia-risme sur le système osseux.

« J'ai essayé, dit Fournier, de résoudre cette question en dépouillant soigneusement un certain nombre d'observations où la date d'apparition de ces symptômes se

trouvait déterminée d'une façon exacte et voici ce que la statistique m'a fourni.

1 ^{re} année	35 cas	14 ^e année	11 cas	27 ^e année	4 cas	40 ^e année	»
2 ^e —	83 —	15 ^e —	5 —	28 ^e —	2 —	41 ^e —	1 cas
3 ^e —	88 —	16 ^e —	13 —	29 ^e —	4 —	42 ^e —	1 —
4 ^e —	59 —	17 ^e —	12 —	30 ^e —	4 —	43 ^e —	» —
5 ^e —	49 —	18 ^e —	5 —	31 ^e —	4 —	44 ^e —	» —
6 ^e —	56 —	19 ^e —	10 —	32 ^e —	2 —	45 ^e —	» —
7 ^e —	37 —	20 ^e —	4 —	33 ^e —	1 —	46 ^e —	» —
8 ^e —	40 —	21 ^e —	3 —	34 ^e —	1 —	47 ^e —	» —
9 ^e —	18 —	22 ^e —	4 —	35 ^e —	» —	48 ^e —	» —
10 ^e —	19 —	23 ^e —	5 —	36 ^e —	» —	49 ^e —	» —
11 ^e —	20 —	24 ^e —	3 —	37 ^e —	1 —	50 ^e —	1 —
12 ^e —	21 —	25 ^e —	4 —	38 ^e —	» —	51 ^e —	» —
13 ^e —	17 —	26 ^e —	6 —	39 ^e —	1 —	52 ^e —	1 —

« Comme on le voit, l'entrée en scène du tertiarisme osseux se fait dès la première année, et cela pour une proportion déjà assez importante, presque équivalente déjà à celle de la septième année ». Avec la troisième année, apogée de fréquence du tertiarisme osseux. Le déclin commence avec la quatrième année, et se continue au delà d'une façon invariablement *progressive*. De 11 à 20 ans, le quotient s'abaisse à 18, pour descendre à 5,8 dans la troisième décade, et ainsi de suite.

Au delà de 30 ans, les cas ne se comptent plus que par unités (A. Fournier, Leçon clinique).

Localisation. — D'après une statistique de Julien portant sur 64 cas de syphilis osseuses les lésions se répartissent ainsi :

Pariétal.	1 cas	Cubitus	1 cas
Nez.	19 —	Sternum.	5 —
Tibia.	15 —	Clavicules et maxillaires.	4 —
Palais	15 —	Frontal	1 —
Vertèbres.	1 —	Rotule	1 —
Omoplate	1 —		

Fournier donne les résultats suivants après l'analyse de 945 lésions osseuses tertiaires.

« Dans tout le système osseux il est un os qui est touché par la syphilis d'une façon étonnamment fréquente au point d'avoir mérité le surnom d'os aimé par la syphilis, d'os chéri de la syphilis : c'est le tibia. Sur 945 localisations de la syphilis du squelette il en prend pour lui 248, c'est-à-dire 26,3 p. 100.

En seconde ligne, par ordre de fréquence, et à faible distance du tibia (238 au lieu de 248) prend place le squelette osseux nasopolatin, le degré de fréquence avec lequel ce système se trouve affecté est considérable aussi et représenté par le chiffre de 25,1 p. 100. C'est dire que les manifestations de ce groupe composent un autre quart du total des déterminations osseuses spécifiques.

Au troisième rang enfin, et cela pour une proportion encore très notable (près de 19 p. 100), figurent les lésions osseuses du crâne ». (A Fournier. Leçon clinique).

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Deux grandes causes interviennent dans la pathogénie des lésions de la syphilis osseuse.

1° La prédilection marquée de la syphilis pour le tissu osseux.

2° La malignité de la syphilis et l'absence où l'insuffisance du traitement.

La prédilection de la syphilis pour le tissu osseux s'explique par la présence du tissu lymphoïde dans la moelle médullaire et la moelle sous-périostée. La moelle osseuse réagit dans la syphilis comme dans les différentes infections et intoxications. Cette réaction de la moelle se traduit par des phénomènes douloureux très fréquents (douleurs rhumatoïdes de Ricord) si fréquents qu'il semble que toute syphilis ait, à un moment donné, sa répercussion sur la moelle. De par la situation de la moelle osseuse et de par ses fonctions, cette réaction va jouer un rôle important dans la genèse des lésions du squelette. Mais cette lésion médullaire ne suffit pas à elle seule à faire de la syphilis osseuse car la réaction

médullaire peut exister dans la syphilis sans lésion osseuse.

Dans certains cas, l'hérédité paraît jouer un rôle important dans la production des accidents osseux.

Mauriac incriminait les diathèses, la scrofule, le rhumatisme, la goutte. Le rachitisme ancien d'après Spillmann pourrait, dans une certaine mesure, faciliter le développement de lésions osseuses en préparant un tissu moins résistant.

A côté de ces causes prédisposantes, il y a une autre cause déterminante mise en valeur par Jullien, Kirchow, Cornil. C'est le traumatisme, traumatisme ancien qui diminue la résistance de l'os ou traumatisme récent provoquant une lésion même minime, une congestion inflammatoire banale, créant ainsi le « *locus minoris resistentiae* ».

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, la prédilection marquée de la syphilis pour les tissus lymphoïdes. Il est donc fort probable que la première lésion de la syphilis osseuse, la lésion primordiale d'où découlent toutes les autres, est une réaction de la moelle. Cette réaction inflammatoire est suivie à la période des lésions purement inflammatoires de périostites ou d'ostéites banales; à la période des lésions spécifiques, des gommès, elle est suivie de périostites ou d'ostéites gommeuses.

Nous considérons donc, d'après Finger, deux catégories de lésions de la syphilis osseuse, *a*) des lésions inflammatoires, de caractère banal; *b*) des lésions gommeuses, de caractère spécifique.

1° Lésions inflammatoires.

La syphilis provoque une réaction de la moelle sous-périostée ou de la moelle centrale. Dans le premier cas la lésion sera suivie d'une *périostite*, dans le second

d'une *ostéite* mais ces lésions sont fréquemment combinées, il s'agit le plus souvent d'une ostéo-périostite.

Périostites. Ostéopériostites. — La périostite syphilitique ne diffère pas de la périostite commune. Sous le périoste, entre sa couche fibreuse et l'os, il se fait une accumulation considérable de petites cellules rondes (cellules embryonnaires) de lymphocytes et de plasmazellen. Le périoste lui-même est enflammé et montre la prolifération des cellules interposées entre ses fibres, le tissu conjonctif voisin présente également un peu d'œdème inflammatoire. La peau est normale et rien ne permet extérieurement de supposer l'existence d'une lésion sous-jacente.

Cette périostite siège généralement au niveau des crêtes osseuses superficielles, sur le tibia, sur les côtes, sur les os du crâne. Elle peut survenir d'après Finger à trois moments : au début de la période secondaire, à la fin de cette période ou plus tard comme phénomène initial d'une syphilis tertiaire.

La périostite pure est rare, la moelle contenue dans les canaux de Havers prend part au processus inflammatoire : l'*ostéopériostite* est ainsi constituée, les canaux de Havers des couches superficielles de l'os sont élargis et remplis d'une moelle rouge embryonnaire.

Quelle est l'évolution de ces périostites, de ces ostéopériostites? A la suite d'un traitement spécifique bien dirigé, quelquefois spontanément, ces lésions se terminent par résolution pure et simple, le tissu infiltré entre l'os et le périoste se résorbe, il ne reste comme vestige de l'ancienne lésion qu'une adhérence entre l'os et le périoste.

Que se passe-t-il quand la résolution des lésions ostéopériostées ne se produit pas? Un autre processus de réparation intervient, l'os au fur et à mesure qu'il est détruit se répare. « Quand ce processus de réparation, dit Mauriac, reste dans les limites convenables, la guérison est complète. Mais souvent il dépasse le but, il hypertrophie, il condense, il éburne la substance osseuse; il la déforme ou l'étouffe sous la surabondance des éléments réparateurs, si bien qu'il lui arrive parfois d'être aussi nuisible que la lésion elle-même. Qu'on ne perde jamais de vue les effets de ce processus réparateur ou en retour, si l'on veut bien comprendre l'anatomie pathologique de l'ostéosyphilose. C'est le *mélange des lésions du processus destructeur et de celle du processus réparateur* qui rend si complexes et souvent si indéchiffrables pour celui qui n'en a pas la clef, les altérations syphilitiques du système osseux ».

Ces faits nous expliquent la production des lésions ossifiantes d'une part (*ostéite ossifiante*), et des lésions érosives et *raréifiantes* d'autre part.

Ostéite ossifiante. — Quand l'ostéopériostite a duré quelque temps les cellules de la face profonde du périoste retournent à l'état embryonnaire et se comportent de la même façon qu'au moment de la phase d'activité de l'os. Ces cellules deviennent cubiques comme les ostéoblastes de la période d'ossification, s'entourent de tissu calcaire et forment un os nouveau sous le périoste au-devant de la diaphyse. Cet os néoformé constitue les ostéophytes de la syphilis. Comme ils sont encore faiblement adhérents à la surface de l'os ces ostéophytes

se détachent avec le périoste et adhèrent à sa face interne lorsqu'on veut le séparer de l'os. Puis, peu à peu deviennent plus compactes par addition de nouvelles couches de tissu osseux, se soudent à l'os primitif dont ils augmentent l'épaisseur et font une saillie anormale sous les téguments. On leur donne alors le nom de périostoses ou d'exostose. Si l'os néoformé se développe en lamelles concentriques dans l'épaisseur même de l'os on a une exostose parenchymateuse. S'il se développe comme une tumeur surajoutée à l'épiphyse, on a une exostose épiphysaire. Si la néoformation osseuse se produit dans le canal médullaire, on aura une exostose.

Une fois constituées ces exostoses sont indestructibles.

Ostéite raréfiante. Ostéoporose. — Nous avons vu plus haut comment la moelle sous-périostée et la moelle contenue dans les canaux de Havers réagissaient par prolifération des éléments cellulaires. Si la lésion inflammatoire est très accentuée cette prolifération peut être assez intense pour que les cellules érodent, rongent en certains endroits les parois des canaux vasculaires. Les canaux de Havers sont plus larges qu'à l'état normal. Les travées osseuses qui les limitent au lieu d'être régulières sont anfractueuses, déchiquetées, présentant des encoches et des pertes de substance plus ou moins grandes. Certaines travées osseuses peuvent même être perforées et les espaces médullaires communiquent alors entre eux. La moelle osseuse enflammée remplit toutes ces cavités; l'os devient léger, poreux, spongieux, lacunaire. C'est l'ostéoporose, degré le plus élevé de l'ostéite raréfiante.

Sous l'influence du traitement, quelquefois spontanément, l'inflammation peut se limiter et on observe une réparation de l'os malade. Quelques cellules s'accroissent contre les parois irrégulières des travées osseuses et reprennent leur rôle ossificateur, les nouvelles lamelles osseuses se moulent aux encoches pathologiques antérieures et les comblent à nouveau. On trouve alors un os lourd, dur, les canaux de Havers ne sont plus visibles. C'est un os dense, éburné, ayant l'aspect de l'ivoire. C'est l'*Ostéosclérose*.

Lorsque le processus réparateur devient exagéré les éléments nobles encerclés dans une gaine osseuse meurent et l'os lui-même se nécrose.

Telles sont les formes anatomiques de la syphilis osseuse inflammatoire. Il nous reste encore à signaler une autre forme très rare qui ne s'observe que dans les cas de *cachexie syphilitique*, la PÉRIOSTITE SUPPURÉE. L'infiltration gagne les parties molles, la peau s'œdématie, devient fluctuante, il se forme un abcès qui se vide au dehors.

En cas de lésion étendue, le périoste ne jouant plus son rôle protectif, l'os se carie et se nécrose.

2° Lésions gommeuses.

La véritable lésion osseuse, la lésion osseuse spécifique pour ainsi dire de la syphilis, c'est la *gomme*.

La gomme peut siéger en deux points principaux du squelette : sous le périoste et dans le canal médullaire. Dans le premier cas elle se développe aux dépens de la moelle sous-périostée et donne la *périostite gommeuse* ;

dans le second cas, elle se développe aux dépens de la moelle centrale et donne l'*ostéomyélite gommeuse* ; mais en général ces lésions se confondent.

Gomme sous-périostée. — Ostéopériostite gommeuse.
— Nous avons au début un foyer de périostite simple analogue à celle que nous avons signalée plus haut, elle n'en diffère histologiquement que de ce qu'elle est intense et limitée. Le processus inflammatoire envahit en même temps l'os ; il y a donc dès le début une *ostéopériostite*.

La moelle sous-périostée et la moelle de canaux de Havers s'enflamme et prolifère ; les espaces médullaires s'agrandissent pendant que les travées osseuses se rapetissent. Les cellules centrales comprimées finissent par dégénérer formant par place des îlots de cellules atrophiées, séparées par une substance fondamentale d'aspect fibrillaire. *La gomme osseuse* est ainsi constituée. Les lamelles osseuses, creusées, érodées par la gomme peuvent être perforées ; l'os passe ainsi à l'état de crible rempli de substance gommeuse le tout entouré de tissu osseux néoformé, d'ostéophyte.

Ostéomyélite gommeuse. — L'ostéomyélite gommeuse se présente sous deux formes anatomiques, elle est circonscrite ou diffuse.

a) *L'Ostéomyélite gommeuse circonscrite* a les mêmes caractères que la précédente, mais au lieu de se développer aux dépens de la moelle sous-périostée elle prend naissance dans la moelle du tissu spongieux des os courts et des épiphyses des os longs ou dans la moelle centrale des os longs.

b) *Ostéomyélite gommeuse diffuse*. L'aspect de ces lésions gommeuses présente quelques particularités suivant qu'on les observe au crâne ou au niveau des os longs.

Crâne. — Le périoste épicroânien est adhérent à l'os sur un ou plusieurs points. Ces adhérences sont formées par des bourgeons charnus, de la dimension d'un petit pois à celle d'un haricot, qui implantés par une base circulaire sur le périoste bourgeonnent par leurs extrémités qui s'enfoncent dans une dépression irrégulière de l'os, le corrodent et le trouent en tous sens.

De bourgeons semblables peuvent être issus de la dure-mère et aller à l'encontre de ceux qui proviennent du péricrâne et si les deux foyers se correspondent il peut en résulter une perforation complète de l'os : Les os du crâne se trouvent ainsi creusés de galeries par des végétations venues du périoste et de la dure-mère. « On croirait, dit Poncet, que quelque termite a creusé dans son épaisseur et à sa surface des galeries hélicoïdales ».

Histologiquement les bourgeons sont formés de vaisseaux embryonnaires et d'un tissu fibrillaire très fin entre lesquels existent des lymphocytes et des plasmazellen.

Que devient l'os ainsi creusé, l'os remplacé par des gommages? Par une véritable réaction de défense il se produit autour de la gomme une ostéite ossifiante; les lamelles osseuses néoformées sont blanches et dures comme l'ivoire; la gomme est donc entourée d'os éburné, d'exostoses. Dans d'autres circonstances cette

réaction de défense dépasse la juste mesure; les vaisseaux nourriciers contenus dans les canaux de Havers sont étouffés par les lamelles osseuses néo-formées en grande abondance, la circulation ne se fait plus dans le territoire osseux intéressé; l'os meurt et se nécrose. Entre la partie morte et la partie vivante de l'os il se produit une ostéite raréfiante qui aboutit à la séparation complète du séquestre. Quand les gommes sont très rapprochées la destruction osseuse peut être très étendue, aboutissant à de vastes pertes de substance mettant la dure-mère à nu.

Si l'on examine un crâne syphilitique à l'état sec on constate que l'os est macéré, vermoulu en écumoire. En certains endroits on trouve des rugosités mamelonnées; à côté des rugosités on observe des dépressions on des perforations plus ou moins complètes à contours rongés, déchiquetés. Sur certains points l'os est poreux aminci, ailleurs il est épaissi, éburné, très lourd.

Os longs. — Au niveau des os longs, le périoste est très épaissi et très adhérent à l'os qui à ce niveau est augmenté de volume. Une fois le périoste enlevé, on observe à la surface de l'os, à côté d'ostéophytes nombreux, irréguliers, des orifices de dimensions variables. Ces orifices arrondis ou ovalaires forment comme des vestibules où viennent s'ouvrir de petits canaux spirales en colimaçon qui parcourent l'os dans toute son épaisseur et conduisent à la lésion gommeuse centrale.

L'os sec a l'aspect poreux et vermoulu, le canal médullaire, rétréci en certains points, élargi en d'autres communique avec les espaces sous-périostés.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

1° Syphilis secondaire des os.

On décrit trois formes cliniques de la syphilis secondaire des os; des ostéalgies, des périostites et des périostoses.

Ostéalgies. — La symptomatologie de cette forme se limite uniquement à une douleur sans aucune manifestation objective. C'est une ostéalgie qui peut être profonde ou superficielle.

L'ostéalgie profonde se manifeste par des douleurs vives siégeant dans la profondeur même de l'os; elle affecte de préférence les os longs; tibia, cubitus.... elle apparaît surtout la nuit et empêche le sommeil; elles ressemblent à des douleurs rhumatoïdes fugaces et mobiles. Le malade ne peut pas préciser le siège exact de la douleur, il en indique seulement la région. La pression, le mouvement n'éveillent aucune douleur.

L'ostéalgie superficielle présente des caractères un peu différents, elle siège de préférence sur les portions du squelette se trouvant à nu sous la peau, épicondyle,

épitrochlée, condyles fémoraux, sur les surfaces d'insertion des muscles et des aponévroses. Sur un de ces points, il existe une douleur vive, circonscrite, superficielle; la moindre pression provoque et exaspère cette douleur mais on ne trouve aucun infiltrat cutané ou périostique.

Ces ostéalgies secondaires s'observent fréquemment au crâne, où, faute d'un examen attentif, elles sont prises pour des céphalées.

Périostites. — C'est pendant la roséole et au cours de syphilides papuleuses généralisées qu'on les observe le plus souvent, elles sont ordinairement multiples et siègent de préférence sur le crâne, les côtes, les cartilages costaux.

Elles débutent par une *douleur* vive, exquise spontanée présentant des paroxysmes vespéraux ou nocturnes. Cette douleur *qui simule* la céphalée quand elle siège au crâne atteint son maximum vers 5 heures de l'après-midi ou vers 10 heures du soir. Le malade la compare à la pénétration d'une vrille, au broiement des os dans un étau. Elle dure de une à plusieurs heures quelque fois jusqu'au matin puis s'atténue progressivement.

Le moindre frôlement, la moindre pression suffit pour réveiller cette douleur, le seul fait de se mettre un chapeau, de se passer un peigne dans les cheveux occasionne chez certains malades de vives douleurs: les périostoses costales rendent la respiration très pénible et le malade se croit atteint d'une grave affection de la poitrine.

Pendant les premiers jours l'exploration de la région douloureuse ne donne aucun signe objectif. Peu à peu

autour de l'os atteint se développe un empâtement profond; la peau qui au début était mobile à sa surface devient adhérente et œdémateuse.

Au tibia c'est le tiers inférieur de la face antéro interne qui est généralement atteint. Au front, c'est dans la région des bosses frontales qu'on trouve des périostoses circulaires de la dimension de pièces de 2 à 5 francs.

Ces périostoses sont plus sensibles que visibles et passeraient inaperçues si le malade n'attirait lui-même sur elles l'attention du médecin.

« Alors qu'un syphilitique, conseille Fournier, accuse une douleur en un point quelconque, ne point se satisfaire de cette déclaration, mais la contrôler des yeux et des doigts. Explorer, et explorer avec soin, la région indiquée. Fort souvent en effet un palper attentif révélera sur la surface d'un os un point très circonscrit et imperceptiblement surélevé au niveau duquel la moindre pression, le moindre attouchement déterminera une douleur vive, douleur assez aiguë quelquefois pour arracher un cri d'angoisse. Il est absolument fréquent que des malades syphilitiques viennent se plaindre à leur médecin de « douleurs dans les jambes », douleurs qu'ils rapportent soit à un rhumatisme, soit à telle ou telle autre cause imaginaire. Promenez le doigt sur la face sous-cutanée et la crête du tibia et tout à coup le malade jettera un cri alors que vous arriverez sur une toute petite saillie de l'os, saillie inappréciable à l'œil mais perceptible au toucher. Qu'est-ce que cela? une périostite tibiale »... Une périostite qui sans un tel examen, aurait eu toutes les chances pour rester méconnue ou pour être

vaguement confondue avec une névralgie, une myosalgie, un rhumatisme, une douleur quelconque.

Quelle est la terminaison de ces périostites? La résorption complète et spontanée est possible, mais très rare. Dans d'autres cas encore plus rares, l'empâtement du périoste s'accroît, la peau rougit, devient de plus en plus adhérent, finit par s'ulcérer et évacuer son contenu gommeux. — Plus rarement encore on observe une fluctuation simulant un véritable abcès froid. La terminaison la plus fréquente est la résorption sous l'influence du traitement; mais à cause de l'irritation du périoste, il résulte une néoformation osseuse, une véritable exostose au crâne une exostose hémisphérique, au tibia une exostose qui augmente l'épaisseur de l'os.

Périostoses. — Plus fréquentes à la période tertiaire qu'à la période secondaire, elles se caractérisent par une douleur analogue à celle de la forme précédente et une tuméfaction très dure à la surface de l'os.

Au tibia, on les rencontre sur la crête ou à la face antéro-interne, tantôt sous forme de plaques faisant corps avec l'os, tantôt sous forme de petites saillies mamelonnées à base plus ou moins larges. Pour les percevoir il faut promener la pulpe des doigts de haut en bas sur la surface tibia et l'on sentira ainsi son état raboteux ou inégale qui constitue le stigmate permanent qui restera jusqu'à la mort le témoin de la syphilis du sujet.

Au crâne, on perçoit à la palpation de petites bosses dans la région frontale.

Sur la clavicule, les périostoses occupent toute une

extrémité de l'os, l'interne le plus souvent, augmentant d'une manière uniforme son volume.

Sur les côtes, si l'on explore avec soin la surface de l'os, on perçoit de petites nodosités.

2° Syphilis tertiaire.

La symptomatologie de la syphilis tertiaire des os comporte trois formes principales : la *syphilis hypérostosante*, la *syphilis nécrosante* et les *gommes périostiques* ou *ostéomyélitiques*.

Syphilis hypérostosante. — Plus encore que les périostites de la syphilis secondaire, les périostites de la syphilis tertiaire fabriquent de l'os et cela dans des proportions plus ou moins considérables. Il en résulte que l'un des phénomènes caractéristiques de cette forme la plus fréquente de la syphilis osseuse est l'augmentation de volume de l'os et sa déformation.

Cette *hypérostose* s'institue quelquefois d'une manière assez insidieuse. Le plus fréquemment elle est précédée et accompagnée de douleur, douleur parfois légère, le plus souvent très vive et très pénible, désignée sous le nom de *douleur ostéocope*. Tous les termes ont été employés pour définir cette douleur osseuse. Le malade a la sensation de « violents coups reçus sur les os, de déchirements, d'élancements » (Cornil), d'une vrille ou de tenaille qui pénètrent dans l'os et le broient.

Cette douleur est surtout *nocturne*, elle apparaît vers 11 heures du soir; elle augmente ensuite de 1 à 2 heures après minuit.

Elle est influencée par une série de circonstances extérieures. Le choc et le traumatisme jouent un grand rôle dans leur étiologie et ont une grande influence sur leur aggravation. Les malades font presque toujours remonter le début des phénomènes douloureux à un traumatisme.

La douleur osseuse peut siéger sur n'importe quel os, mais c'est sur le tibia qu'on l'observe le plus souvent. Souvent diffuse, elle est cependant quelquefois limitée à la face antérieure du tibia.

Elle peut aussi siéger au niveau des côtes, du sternum, simulant des crises d'asthme ou d'angine de poitrine, au crâne où elle occasionne des céphalées intenses et rebelles localisées le plus souvent au front ou à l'occiput.

Pendant un certain temps la douleur peut être le seul symptôme à l'exclusion de tout phénomène objectif. Mais bientôt *la tuméfaction* apparaît et les lésions jusqu'alors méconnues prennent consistance. Cette tuméfaction est surtout manifeste au niveau des os superficiels comme le tibia, la clavicule. La tuméfaction est généralement régulière mais si les hypérostoses sont irrégulières l'os est lui-même irrégulier « bosselé, noueux, renflé, difforme ».

Elle a une forme variable suivant la région qui lui a donné naissance. Au niveau de la diaphyse il prend la forme en fuseau, au niveau d'une épiphyse il prend la forme en massue ou en gigot.

La palpation de l'os ne révèle pas en général de différence de consistance entre les parties saines et les parties malades, la peau est normale.

Cette ostéopériostite peut se terminer par résolution, le plus souvent elle aboutit par la production périostique entourant l'os ancien de couches plus ou moins abondantes d'os nouveau, à des exostoses. Ces *exostoses* peuvent rester indépendantes de l'os sous-jacent mais elles finissent peu à peu par faire corps avec lui. Elles ont la forme d'une demi-sphère ou d'un cône si elles sont très prononcées. Quelquefois c'est une simple bosselure à la surface de l'os. D'autres fois c'est un renflement fusiforme de toute son épaisseur.

Syphilis nécrosante. — L'ostéopériostite n'évolue pas toujours de la manière que nous venons de décrire. Au lieu de provoquer de l'hypérostose elle peut suppurier et produire de la *nécrose*. Mais ce processus est rare. Gangolphe sur 49 cas n'a trouvé que 7 cas avec formation de fistule. Le début se fait comme dans la forme précédente par de la douleur et de la tuméfaction de l'os; la peau reste d'abord normale puis rougit et adhère à l'os sous-jacent, une collection se forme qui augmente, devient globuleuse et fluctuante, la peau s'ulcère donnant issue à un liquide purulent, cette ulcération a des bords polycycliques; elle n'est pas bourgeonnante. A cette phase de suppuration succède une longue période de fistulisation. Parfois il peut y avoir des nécroses et élimination de séquestres. Ceux-ci sont petits et parcellaires non proportionnés à l'étendue du segment osseux malade dont ils proviennent.

Gommes périostiques. Ostéomyélite gommeuse. — Comme nous le disions plus haut la gomme peut être considérée comme pouvant siéger en deux points

principaux du squelette; sous le périoste et dans le canal médullaire.

Gommes superficielles. — Elles se manifestent par une douleur spontanée très vive avec exacerbation vespérale ou nocturne, la pression réveille cette douleur qui apparaît alors comme extrêmement localisée, sur un point de l'os. La palpation donne à ce niveau la sensation de petites nodosités uniques ou multiples plus ou moins considérables. Ce sont encore quelquefois des saillies aplaties, des bosselures tantôt pâteuses, tantôt dures.

La gomme peut rester longtemps stationnaire, elle peut disparaître laissant à sa place une cicatrice déprimée, étoilée avec rebord dur concentrique. Elle peut laisser à sa place une exostose dure, aplatie ou arrondie, elle peut enfin se ramollir et s'enflammer.

La peau devient rouge, adhère à l'os sous-jacent, s'amincit. A la palpation, un peu douloureuse, on sent nettement la fluctuation. La peau s'ulcère donnant issue à un liquide séro-purulent. La gomme peut enfin être suivie de nécrose avec élimination de séquestre.

Gomme centrale. — La tuméfaction est dans ce cas, mal circonscrite, parfois à peine appréciable et les caractères de la tumeur échappent à l'observation. Ehrmann rapporte l'histoire d'un malade qui présentait à la partie moyenne de la cuisse un épaissement fusiforme du fémur faisant saillir les muscles en avant. Du côté de la ligne âpre, on constatait une saillie arrondie de consistance osseuse. Le diagnostic de gomme centrale du fémur avec périostite ossifiante fut vérifié par les résul-

tats du traitement spécifique. A la suite du traitement, en effet, ces gommes guérissent par ossification; non traitées elles continuent à se développer et se caséifier, la lésion gagne tout le tissu osseux et envahit les parties molles qui peuvent s'ulcérer. Après l'élimination de la gomme il persiste une cicatrice étoilée à fond violacé.

Particularités cliniques relatives aux différents os.

Os longs. — C'est au niveau des os longs qu'on peut voir se produire toutes les lésions de la syphilis osseuse.

Tibia. — On observe sur la face antéro-interne du tibia toutes les variétés de tuméfaction osseuse, tuméfaction circonscrite ou diffuse. La crête tibiale est souvent épaissie, rugueuse, bosselée, crénelée. En passant le doigt sur cette crête, on trouve des bosselures plus ou moins dures suivant l'âge de la périostite.

Le tibia peut présenter aussi une déformation à convexité antérieure, déformation en lame de sabre, déformation surtout décrite par Fournier et Lannelongue chez les hérédosyphilitiques. Certaines observations permettent cependant de croire qu'on peut la rencontrer dans la syphilis acquise. Gangolphe a observé un malade, syphilitique tertiaire, âgé de 50 ans, qui présentait nettement cette déformation. Renard cite le cas d'une fillette de 11 ans qui, ayant contracté la syphilis à l'âge de 4 mois sur la mère qui avait un chancre du sein présente, à l'âge de 8 ans, une déformation en lame de sabre. Picard, dans sa thèse, signale également dans

une observation d'ostéomyélite syphilitique, la déformation à convexité antérieure marquée du tibia.

Fémur. — Les lésions sont ici moins facilement décelables à cause de l'épaisseur des muscles dont l'os est entouré. On ne pourra percevoir nettement l'augmentation de volume de l'os que si l'hypérostose est suffisante, les mêmes phénomènes s'observent sur l'humérus. Spillmann cite le cas d'un malade âgé de 41 ans, dont l'humérus gauche avait progressivement augmenté de volume. Les seuls phénomènes subjectifs concomitants avaient été de légères douleurs lancinantes dans l'épaule et une gêne fonctionnelle peu accentuée. La palpation permettait de découvrir sur la portion inférieure de la diaphyse humérale une tumeur profonde, fusiforme dure, indolore à la pression. La tumeur disparut rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

Clavicule. — Au niveau de la clavicule on constate un renflement ovoïde allongé suivant la direction de l'os et occupant le plus souvent l'extrémité interne de l'os.

Certaines ostéomyétites des os longs ont une marche et une symptomatologie spéciale pouvant simuler toutes les affections osseuses accompagnées de tuméfaction.

Ainsi certains cas d'*ostéomyélite gommeux* peuvent simuler l'*ostéo-sarcome*. Picard dans sa thèse cite à ce propos une observation de Février relative à un cas d'ostéomyélite gommeuse diffuse de la diaphyse fémorale.

Il s'agissait d'un malade, âgé de 21 ans, qui depuis plusieurs mois ressentait dans la cuisse gauche des douleurs parfois intolérables s'exaspérant pendant la nuit.

La cuisse était très augmentée de volume, surtout dans

sa moitié inférieure. La palpation permettait de constater une tuméfaction assez régulière du fémur, prenant naissance au-dessus de la diaphyse, augmentant progressivement jusqu'au dessus du genou. Dans son ensemble la tuméfaction représentait la forme d'une massue à grosse extrémité inférieure. La main percevait une surface dure, lisse, mamelonnée, sans inégalité de consistance. En haut on avait la sensation d'un empiétement diffus allant en s'effilant se perdre sur le tiers supérieur de l'os qui paraissait normal. Il n'y avait pas de ganglions. Le malade était très amaigri, le teint était cireux. Le chirurgien avait conseillé l'amputation. La dureté de la tuméfaction, l'exacerbation vespérale des douleurs, l'absence des ganglions etc., firent penser à la syphilis et un traitement mercuriel eut rapidement raison des accidents.

Dans d'autres cas l'ostéite syphilitique peut simuler une ostéomyélite chronique ou des lésions tuberculeuses.

Nous parlerons de ce cas au chapitre du diagnostic.

Crâne. — Les os du crâne sont les os les plus fréquemment atteints par la syphilis. Le début se fait par une douleur vive, exaspérée par la pression, surtout nocturne, empêchant le malade de dormir. Mais cette douleur peut faire défaut et d'emblée apparaît une tumeur. C'est une tumeur dure, arrondie, plus ou moins volumineuse qui bientôt se ramollit à son centre et devient fluctuante. La palpation donne alors l'impression que le crâne est perforé. On sentirait presque les bords de la perforation délimitant les tissus mous qui se trouvent dans la partie centrale. Peu à peu la peau directe adhère s'amin-

cit, s'ulcère à son centre donnant issue à une matière granuleuse ou du pus.

L'ulcération a des bords taillés à pic, polycyclique. Son fond est formé par l'os à l'état de séquestre qui après des mois d'évolution finit par s'éliminer.

Si le syphilome n'atteint pas la table externe, le cerveau reste protégé par la table interne. Au contraire quand il évolue sur les tables externe et interne il résulte une perforation et la dure-mère épaissie peut être mise à nu.

Le processus syphilitique peut envahir les organes voisins. « Tantôt ces organes sont effleurés, irrités, comprimés par une exostose, par un séquestre ou par un abcès; tantôt ils prennent part eux-mêmes au processus syphilitique, sous forme de pachynémiste ou d'encéphalite » (Dieulafoy).

Sternum-Côtes : Les lésions de syphilis osseuse du sternum ressemblent beaucoup à celles du crâne.

Sur la face extérieure du sternum on peut voir des tumeurs généralement aplaties, d'abord dures, puis devenant fluctuantes et s'ouvrant à l'extérieur.

Lorsqu'il y a en même temps une tumeur évoluant sur la face postérieure de l'os, il peut en résulter comme au niveau du crâne une perforation.

Ces lésions sternales peuvent occasionner quelquefois des troubles graves pouvant simuler les crises d'asthme ou d'angine de poitrine.

Fosses nasales. — Les lésions syphilitiques des fosses nasales sont très fréquentes, elles surviennent en général après la cinquième année qui suit le diagnostic,

mais elles peuvent être quelquefois très précoces dans les syphilis graves et mal soignées. La syphilis nasale peut être primitive mais en général elle est secondaire aux lésions des muqueuses voisines. C'est une syphilis mutilante pouvant entraîner la destruction d'os entiers qui s'éliminent sous forme de séquestres. Les phénomènes nécrotiques portent sur la cloison et sur les os propres du nez dont la destruction entraîne des déformations décrites par Fournier sous le nom d'effondrement basale du nez et de nez en lorgnette.

Voûte palatine. — La lésion se localise surtout au centre du palais à l'union des maxillaires et des palatins. Elle évolue insidieusement et souvent ce sont les troubles fonctionnels résultant de la perforation qui avertissent le malade d'un accident. La perforation peut se réduire à une simple fissure ou au contraire intéresser toute la voûte. Elle a le plus souvent de 2 à 3 centimètres de diamètre.

Ostéite nasocrânienne. — C'est la syphilis de la voûte des fosses nasales étudiée par Fournier.

Elle est grave à cause des complications encéphalo-méningées qu'elle provoque. Elle est fréquemment suivie de méningite et d'abcès du cerveau.

Mal de Pott syphilitique. — La syphilis peut atteindre les vertèbres se localisant surtout au niveau de la colonne cervicale. Cette localisation anatomique imprime à la symptomatologie des caractères particuliers.

Le début se fait fréquemment par des troubles généraux, amaigrissement, malaises, perte des forces.

En même temps on observe des troubles de la déglu-

tition, des douleurs au niveau de la nuque, irradiées dans tout le membre inférieur. Les mouvements de la colonne cervicale réveillent et exaspèrent ces douleurs, la tête du malade reste fixe, immobile, rigide, dans une rectitude souvent absolue. La déformation qui constitue le symptôme caractéristique du mal de Pott vrai est très rare dans le mal de Pott syphilitique, elle est pourtant possible et peut occasionner toutes les déformations rachidiennes du mal de Pott vrai, ladose, scoliose, ryphose.

Le toucher pharyngien qui est souvent impossible à cause du trionus permet de reconnaître une saillie tantôt dure, tantôt ramollie à son centre mais jamais fluctuante comme dans les abcès par congestion du mal de Pott vrai.

Le pronostic est beaucoup moins grand que dans le mal de Pott tuberculeux. En effet sous l'influence du traitement, la lésion guérit fréquemment par résolution.

Dans d'autres cas la lésion se ramollit, ulcère la paroi du pharynx et le malade expectore le contenu gommeux et parfois même des parcelles osseuses.

Dactylite osseuse suppurée. — La dactylite syphilitique dépend le plus souvent de la syphilis héréditaire que de la syphilis acquise selon le Professeur Gaucher. Les phalanges peuvent se nécroser complètement et donner des lésions analogues à celles de la lèpre mutilante. Dans une première phase on observe une tuméfaction fusiforme, peu douloureuse des phalanges. Puis survient un empiétement des parties molles, la peau rougit, s'amincit et finit par s'ulcérer, il se produit une

ou plusieurs fistules donnant issue à un liquide clair et visqueux. Après guérison il y a un raccourcissement notable de la phalange lésée dont une grande partie peut disparaître.

Complications. — Les lésions de la syphilis tertiaire peuvent amener un certain nombre de complications.

Les parties molles peuvent être quelquefois envahies par l'infiltration gommeuse, il est possible d'observer des mutilations considérables, véritable *phagédénisme osseux*.

Dans toute lésion osseuse syphilitique les nerfs du voisinage peuvent être atteints, il en résulte des douleurs plus ou moins vives. On peut observer des névrites avec troubles sensitifs et troubles moteurs. Plus rarement on observe des signes de compression vasculaire.

L'atrophie musculaire peut être observée au voisinage d'une lésion syphilitique. Enfin en raison des lésions raréfiantes qui transforment l'os en un véritable écu-moire une cause parfois très minime suffit à produire *une fracture*.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les lésions de la syphilis héréditaires sont les mêmes que celles de la syphilis acquise. « Mais elles surviennent à un âge où de l'accroissement du squelette résulte des conséquences assez spéciales pour qu'une description particulière soit indispensable. Sur l'enfant, sujet en croissance, la syphilis a une double action aussi bien in utéro qu'après la naissance. 1^o) Elle produit des lésions spécifiques tardives. 2^o) Elle a comme d'autres intoxications, mais à un degré extrême, une action dystrophiante qui se caractérise, pendant la vie intro-utérine, par une tendance aux malformations, par arrêt du développement; pendant la vie extra-utérine, par une insuffisance d'accroissement dont l'infantilisme peut être le dernier terme » (Broca).

Les lésions de la syphilis héréditaire sont les unes précoces, les autres tardives.

Les *lésions précoces* sont celles qui surviennent chez le nouveau né et le plus fréquemment avant le sixième mois.

Les *lésions tardives* s'observent depuis l'âge de 3 ans jusqu'à celui de 28 ans mais on les a observées plus tard encore, même chez les vieillards. Elles ont leur maximum de fréquence clinique entre 6 à 12 ans.

1° SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

Anatomie pathologique. — Nous allons étudier les lésions de l'hérédosyphilis sur les os longs et sur les os plats.

Os longs. — Le premier degré s'observe sur les morts nés prématurés où à terme et sur les nouveau-nés d'une semaine environ. La diaphyse, surtout dans son extrémité inférieure est enveloppée par des *ostéophytes* très denses, la couche chondrocalcaire du cartilage de conjugaison subit un épaissement et devient irrégulière, mamelonnée. L'os est plus *lourd* qu'à l'état normal.

Dans une *seconde phase* qui évolue jusqu'à l'âge de 3 mois une substance gélatiniforme infiltre le cartilage épiphysaire et l'os spongieux dans leur point d'union et au degré le plus prononcé il y a décollement entre l'épiphyse et l'os.

Ici, l'os est *poreux*.

Dans *le troisième degré* (3 à 6 mois) l'ossification reprend, les ostéophytes se médullisent, leurs lamelles osseuses s'élargissent surtout celles qui se trouvent entre la diaphyse et les ostéophytes, et se remplissent de moelle.

Dans *le quatrième degré* il se forme d'abord du tissu osseux aux dépens du périoste puis le cartilage s'incrute de sels calcaires et ensuite l'os se transforme en une substance gélatiniforme et se ramollit. Par conséquent

la lésion syphilitique se rapproche à la fin du rachitisme l'os syphilitique devient *rachitique*, suivant Parrot.

Os plats. — Les lésions consistent tantôt dans la transformation gélatiniforme d'un point du squelette, tantôt dans la présence d'*ostéophytes* sous le périoste.

Les *ostéophytes* apparaissent surtout dans les deux premières années. Ils siègent dans la région périrégmatique des frontaux et des pariétaux et le long de la suture sagittale, mais ils peuvent occuper parfois la plus grande partie de la surface crânienne respectant les bosses frontales et pariétales et l'occiput.

Une autre variété de lésions est constituée par la *perforation du crâne*; décrite par Parrot; sur la surface interne du crâne on voit des cupules séparées les unes des autres par des crêtes de saillie variable. Le fond de ces cupules est constitué par une couche très mince de la table externe, couche si mince et si poreuse qu'on l'a comparée à une fine dentelle. Celle-ci peut disparaître peu à peu et il en résulte des perforations dont le diamètre varie de 1 millimètre à 2 centimètres.

Ces lésions sont disposées symétriquement sur le crâne, le long des sutures sagittales et métopiques ne dépassant pas en bas la ligne des bases pariétales et frontales.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

1° **Ostéo-syphilis du nouveau-né.** — La syphilis osseuse est extrêmement fréquente chez le nouveau-né syphilitique. Les lésions sont quelquefois reconnues par l'examen attentif du médecin. On les recherche de préférence sur le crâne où l'on trouve les caractères syphilitiques.

« En promenant la main sur la tête de l'enfant, on y sent des inégalités, des mamelons aplatis, comme étalés d'une saillie et d'une étendue variables, d'un contour parfaitement circulaire. Ils sont durs et n'était leur saillie on croirait toucher les parties saines du crâne.

Ils ont quatre sièges de prédilection; les deux frontaux et les deux pariétaux au voisinage du bregma. D'ordinaire ils sont systématiquement disposés par rapport aux sutures métopiques et sagittales, mais parfois ils n'existent qu'en avant ou en arrière de la suture coronale, et sont très inégalement développés à droite et à gauche. L'altération peut atteindre tous les os péribrégmatiques, ou seulement quelques-uns d'entre eux. Dans le premier cas, les quatre mamelons sont séparés les

uns des autres par des rigoles d'autant plus profondes qu'ils sont plus saillants. Elles correspondent aux sutures sagittale et médio-frontale et à la suture coronale.

Dans quelques cas les mamelons postérieurs sont très étendus, très saillants, séparés par une rigole profonde et donnant à la région qu'ils occupent une certaine ressemblance avec les organes qualifiés de nates par les Latins. C'est pour cela que j'ai appelé *natifformes* les crânes altérés de la sorte » (Parrot).

L'occlusion tardive des fontanelles est fréquente chez les hérédosyphilitiques. Plus rarement on peut observer la soudure prématurée des os du crâne et si ces synostoses sont nombreuses et précoces elles amènent l'arrêt du développement de l'encéphale.

On peut observer des nodosités, analogues à celles du rachitisme au niveau des articulations chondiocostales.

Aux membres. — On peut trouver par la palpation sur les parties accessibles, extrémités inférieures de l'humérus ou la face interne du tibia un épaississement douloureux de l'os. Mais le plus souvent le phénomène qui attire l'attention est la suppression plus ou moins complète de mouvement.

L'enfant ne peut plus remuer ses membres et il crie au moindre contact. On avait cru qu'il s'agissait d'une véritable paralysie. Parrot a démontré qu'il s'agissait d'une pseudoparalysie, d'une impotence fonctionnelle de degré fort variable, tantôt partielle, tantôt absolue et consécutive à ce que la diaphyse et l'os sont séparés par un tissu mou et inflammatoire.

« Pour étudier complètement l'état des enfants, dit Parrot, et se rendre un compte exact du degré de leur impotence, il faut les tenir suspendus par les aisselles et examiner leurs membres. Quand l'affection est très prononcée, le malade semble disloqué, ses membres pendent comme des battants de cloche et ne peuvent être relevés. Lorsqu'on pince la peau, les muscles se contractent très énergiquement, mais les membres ne sont que faiblement déplacés, ou même ils ne le sont pas du tout ».

La palpation, qui doit être faite avec beaucoup de douceur parce qu'elle est douloureuse, fait constater une tuméfaction au voisinage des grandes articulations. Cette tuméfaction diaphyo-épiphysaire peut, dans certains cas, être fluctuante et même aboutir à la suppuration. La collection peut envahir l'articulation voisine et constituer une arthropathie suppurée. Ces lésions restent rarement localisées, elles gagnent généralement le membre opposé et parfois se généralisent aux quatre membres. Les articulations le plus souvent atteintes sont par ordre de fréquence, les genoux, les coudes, l'épaule, le poignet. En cas de décollement épiphysaire, on peut percevoir une mobilité anormale et de la crépitation cartilagineuse.

Les muscles réagissent à l'électricité, on n'observe pas la réaction de dégénérescence.

La maladie de Parrot a des ressemblances assez grandes et peut être confondue avec la poliomyélite infantile, les paralysies obstétricales, la paralysie cérébrale congénitale, la paralysie acquise cérébrale. Mais,

pour toutes ces paralysies, il y a un élément absolu de diagnostic, l'absence de la douleur.

Toutes les fois qu'on constatera chez le nouveau-né une affection douloureuse des 4 membres avec tuméfaction juxtaépiphysaire et impotence fonctionnelle on pensera à la syphilis.

Contrairement à l'opinion de Parrot ces lésions osseuses guérissent sous l'influence du traitement avec une grande rapidité.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Les formes observées sont les mêmes que dans la syphilis acquise tardive, l'ostéo-périostite, les gommes ostéo-périostiques, et l'ostéo myélite gommeuse.

Ostéo-périostite. — Elle se présente sous deux aspects : l'ostéo périostite hypérostosante, et l'ostéo périostite nécrosante.

Ostéo périostite hypérostosante. — Le début se fait ordinairement par des douleurs ostéocopes surtout nocturnes et intéressant souvent plusieurs os. Ce sont ordinairement des douleurs vagues, mal localisables, irrégulières pouvant dévier le diagnostic et faire penser à des névralgies ou à des douleurs de croissance. Mais bientôt la douleur se localise à un certain point de l'os et à ce niveau on voit se constituer peu à peu l'hypérostose caractéristique.

L'os est augmenté ordinairement d'une façon massive, l'hyperostose est fusiforme occupant la moitié, le tiers ou la totalité de la hauteur de la diaphyse. Au

tibia la modification résultant de cette hyperostose est tellement caractéristique qu'elle prend la signification d'un véritable stigmate de l'hérédosyphilis. C'est le tibia arqué, en lame de sabre décrit par Fournier :

A cette période les douleurs s'atténuent sans disparaître complètement, elles sont assoupies et se réveillent à l'occasion d'un traumatisme ou des variations atmosphériques.

L'hyperostose met longtemps, quelques mois ou même plusieurs années, à se constituer, présentant dans son évolution des poussées successives entrecoupées d'accalmie.

Dans cette forme, le tibia est l'os révélateur, mais caractère important, on trouvera, chez le même malade des lésions sur plusieurs points du squelette. On examinera avec soin toutes les faces accessibles des os : crête du cubitus, tête du radius, le crâne, la clavicule.

Ostéopériostite nécrosante. — C'est une forme rare, elle débute comme la précédente par une douleur accompagnée ou suivie d'une tuméfaction de l'os, mais bientôt il se forme un abcès sous-périostique, la peau rougit, devient adhérente, s'amincit. La collection augmente, devient fluctuante et s'ouvre en dehors, la fistulisation est la règle simulant ainsi une ostéite tuberculeuse. Parfois même il y a nécrose aboutissant à l'élimination de séquestres qui compliquent la fistule.

Les interventions chirurgicales, d'après Ménard, au lieu de favoriser la guérison de la fistule entraîne la production des séquestres. La guérison est rapide par le traitement.

Gommes ostéopériostiques. Ostéomyélites gommeuses.

Cette forme habituelle chez l'adulte s'observe rarement chez les enfants hérédosyphilitiques.

Le tibia et le cubitus constituent leur lieu d'élection.

On constate une tuméfaction précédée ou non de douleurs à la face superficielle de l'os. Cette tuméfaction est d'abord dure puis devient pâteuse et fluctuante, la peau rougit, s'amincit et devient adhérente, s'ulcère et donne issu à un liquide gommeux.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Il est un certain nombre de cas où le diagnostic de la syphilis osseuse s'impose tels les tuméfactions douloureuses à convexité antérieure de la crête du tibia, les épaississements fusiformes de la clavicule, les cicatrices déprimées, étoilées du crâne.

Dans d'autres cas, il sera nécessaire de faire un examen approfondi du malade. On se basera pour faire le diagnostic des lésions osseuses sur les signes cliniques que nous avons étudiés : Douleur avec exacerbation nocturne, tuméfaction, absence de ganglions mais, comme dit Spillmann : « La syphilis est un peu commune, l'hystérie une simulatrice et les ostéopathies syphilitiques anormales sont tellement fréquentes qu'il est bon de savoir à quels caractères il est possible de les reconnaître ».

Diagnostic différentiel des formes hypérostosantes. — Ces formes peuvent simuler toutes les ostéopathies accompagnées de tuméfactions osseuses.

a) *Ostéo-sarcôme.* — Signes communs : tumeur,

douloureuse; l'os peut se fracturer, on peut même voir se développer une ulcération.

Quels sont les signes particuliers à l'une et à l'autre des deux affections.

La tumeur sarcomateuse débute en général par des manifestations plus douloureuses que dans la syphilis des os.

Cette douleur ne présente pas l'exacerbation vespérale caractéristique de la syphilis; elle est exaspérée par la pression.

La tumeur osseuse est molle et n'a pas la dureté de l'os syphilitique et dans certains cas on peut même observer de la fluctuation. Enfin l'évolution du sarcome est rapide. La peau présente autour du sarcome un réseau veineux superficiel, absent dans la syphilis.

b) **Ostéomyélite.** — S'il s'agit d'une ostéomyélite chronique succédant à une ostéomyélite aiguë la confusion n'est pas possible, mais si l'ostéomyélite est chronique, d'emblée le tout est possible. La douleur présente dans les deux cas des exacerbations nocturnes, la suppuration est rare dans les deux affections et les séquestres exceptionnels.

Il y a cependant quelques symptômes qui seront en faveur de l'ostéomyélite. L'ostéomyélite a toujours un siège *juxta-épiphyssaire* et ses fistules sont à la hauteur des cartilages de conjugaison, de plus, au niveau de la lésion osseuse, il existe généralement une élévation de température. Dans tous les cas lorsque le diagnostic est douteux on fera un traitement d'essai qui peut empêcher les interventions.

c) **Les exostoses de croissance** peuvent simuler les exostoses syphilitiques. Elles peuvent surtout prêter à confusion dans la syphilis héréditaire tardive, elles sont multiples et symétriques.

Diagnostic des formes nécrosantes. — α) L'ostéite syphilitique suppurée peut être prise fréquemment pour de la tuberculose. On fera le diagnostic par l'étude systématique des os.

La douleur de la tuberculose osseuse est rarement spontanée, elle est localisée en un point limité au niveau de l'épiphyse ou dans la région juxta-épiphysaire. On perçoit une fluctuation nette siégeant au-dessous du point osseux et non pas un empatement ou des points durs avec des points ramollis comme dans la gomme syphilitique. Les fistules de la tuberculose ont un orifice étroit, leurs bords sont décollés et violacés donnant issue par la pression à un pus très abondant, verdâtre. Les fistules syphilitiques au contraire présentent un orifice très large avec des bords taillés à pic et un fond bourbillonneux. Les séquestres sont très fréquents dans la tuberculose, très abondants et très volumineux, ils sont au contraire rares et très petits dans la syphilis.

b) *La sporotrichose* donne des lésions, dont le diagnostic est très différent de celui de la syphilis.

La douleur est généralement moins intense que dans la syphilis et les lésions sont multiples.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE.

L'examen radiologique est des plus précieux dans la syphilis osseuse et ne doit jamais être négligé dans le cas où le diagnostic est hésitant. Par la précision des détails qu'elle peut nous donner la radiographie constitue un des meilleurs moyens d'examen pour reconnaître l'altération de la structure osseuse. C'est elle qui souvent nous permet de découvrir et d'étudier une lésion, et de localiser à sa juste place une douleur que la clinique ne parvenait pas à expliquer.

La radiographie nous renseigne sur la forme et le volume des os, sur la structure osseuse et la netteté de contours, sur le siège exact de la lésion, sur ses rapports avec l'os lui-même et avec les parties voisines et chacune de ces indications peut nous apporter sa contribution à l'établissement du diagnostic.

Nous avons vu que la première manifestation de la syphilis osseuse était une réaction inflammatoire de la naville sous périostée ou médullaire suivie d'une périostite, d'une ostéopériostite. Quels sont les renseigne-

ments que peut nous donner la radiographie sur cette lésion.

Au début lorsque l'ostéopériostite est légère on ne constate à la radiographie qu'une faible irrégularité du contour de l'os. Normalement le périoste n'est pas visible mais lorsqu'il s'enflamme il s'épaissit, il est alors représenté par une ligne sinueuse, floue, irrégulière décollée, soulevée par endroits par des minces épaisissements dont la teinte plus claire tranche sur l'opacité du tissu compact sous jacent. L'empâtement diffus répandu sous le périoste et autour de l'os reste transparent aux rayons et son ombre se confond avec celle des parties molle. Ainsi des tuméfactions volumineuses qu'on croirait être en rapport avec une augmentation marquée du volume de l'os ne se traduisent que par une irrégularité légère du contour osseux.

Mais bientôt l'os atteint se met à réagir et devient le siège d'une ostéite ossifiante, les ostéoblastes s'entourent du tissu calcaire et forment un os nouveau autour de la diaphyse. On voit apparaître autour de la diaphyse une ombre plus ou moins étendue aux contours plus ou moins nets. Au fur et à mesure que l'ossification se développe son teint devient plus foncé.

De nouvelles couches osseuses se juxtaposent, dans la suite, les unes autour des autres et projettent successivement leur ombre sur l'écran. L'hypérostose est donc constituée par une série de couches osseuses superposées dont le teint devient d'autant plus foncé qu'elles sont plus éloignées de la périphérie, c'est-à-dire qu'elles sont plus anciennes. Alors la configuration habituelle de l'os

est considérablement modifiée. Il devient irrégulier de contours, il est épaissi et plus compact dans son ensemble. Au centre on voit un espace gris clair plus rétréci qu'à l'état normal; c'est le tissu spongieux du canal médullaire. De chaque côté de cet espace on voit les lames du tissu compact augmenter de largeur.

Leur épaississement peut être considérable arrivant parfois à retenir et à déformer considérablement le calibre du canal médullaire.

Dans les cas extrêmes il peut arriver, que l'espace, clair représentant ce canal, soit complètement voilé par l'hypérostose.

Si la lésion est encore en voie d'évolution le contour de l'hypérostose est généralement irrégulier, flou puisque à ce niveau la périostite continue. Tandis que sur une lésion ancienne et guérie il est le plus souvent net et très tranché. En outre à un examen minutieux on ne retrouve plus la fine architecture de l'os sain.

Ces hypérostoses sont assez souvent très étendues pouvant occuper le quart, le tiers, la moitié ou même toute la hauteur de la diaphyse. Presque toujours ces foyers sont multiples chez le même individu.

On voit souvent au niveau de ces hypérostoses des taches plus claires qui représentent des dépôts gommeux ou ils sont l'indice d'une ostéite raréfiante.

Gomme. — Elle peut être sous-périostique ou centrale.

En cas de gomme sous-périostique on voit une tache claire localisée ou un point limité sous le périoste et à contours flous.

S'il s'agit d'une gomme centrale on voit en plein centre de l'os un espace clair de contours réguliers et de forme sphérique.

Généralement il se produit autour de la gomme une réaction d'ostéite condensante qui se relève à la radiographie par une zone plus foncée qui entoure la tache d'ostéite raréfiante. Cette zone vient bomber dans le canal médullaire dont le calibre se trouve ainsi diminué.

Les mêmes lésions se rencontrent aussi chez les enfants hérédosyphilitiques.

On peut aussi rencontrer des vaccilisations multiples dans les os longs chez les enfants, lésions décrites comme tuberculeuses quelquefois. Les caractères de la périostite qui accompagnent les lésions permettent souvent d'établir un diagnostic précis. Quelquefois l'interprétation est des plus difficile (Belot).

Diagnostic radiologique différentiel avec les autres lésions osseuses accompagnés de tumeur.

Exostose. — La radiographie nous montre leur continuité exacte avec le tissu osseux et la finesse de leurs travées, il s'agit par conséquent d'une néoformation osseuse de structure normale.

Périostite. — La radiographie nous montre un renflement fusiforme allongé, formé de lamelles superposées plus ou moins foncées c'est-à-dire ayant le même aspect que nous avons vu dans la périostite syphilitique.

Tuberculose. — A la radiographie elle donne des os

grêles, sans relief, d'aspect uniformément grisâtre. On voit des taches claires entourées d'une zone étendue d'atrophie. Les taches claires représentant la fonte caséuse sont généralement petites et assez nombreuses. Quand elles sont très rapprochées elles donnent à l'image un aspect aréolé.

Les contours de l'os sont érodés, irréguliers et flous.

Au voisinage des articulations on voit des abcès et des trajets fistulés.

Ostéomyélite. — Débute dans la région du bulbe osseux. Dans un premier stade de 8-10 jours la radiographie ne révèle aucune anomalie. Plus tard apparaît une zone claire assez bien limitée au début, à contours irréguliers plus ou moins déchiquetés.

Bientôt survient une réaction sous forme d'ostéite hypertrophiante qui tend à limiter les foyers purulents, à engainer les séquestres. L'aspect de l'image radiographique est alors le suivant : au centre une zone d'aspect noirâtre représentant le séquestre entouré d'une zone plus claire limitée elle-même par des zones plus foncées, indice de l'ostéite condensante.

Ostéo-sarcome. — Perte de substance taillée comme à l'emporte pièce sans réaction de voisinage sauf un peu d'atrophie d'une opacité moindre que celle de l'os sain.

CONCLUSIONS

Le tissu osseux représente un des systèmes organiques les plus éprouvés par la syphilis. Les lésions osseuses constituent une des manifestations les plus fréquentes de la syphilis acquise, dans la syphilis héréditaire, les lésions osseuses sont si fréquentes qu'elles constituent un des principaux stigmates de la maladie.

Cette prédilection de la syphilis pour le tissu osseux a sa raison d'être dans deux ordres de faits.

1° Prédilection de l'agent pathogène de la syphilis pour les tissus lymphoïdes.

2° Présence de ce tissu en abondance au voisinage de l'os.

Nous avons considéré les lésions de la syphilis osseuse.

1° En *lésions inflammatoires*, de caractère banal, résultat de la réaction de la moelle sous-périostée et de la moelle centrale.

2° En lésions gommeuses, de caractère spécifique.

Les os peuvent être attaqués à toutes les périodes de la syphilis.

a) A la *période secondaire* sous forme de *périostites*, *périostoses* et *gommes sous-périostées*.

b) A la *période tertiaire*, elles se présentent sous

trois formes différentes; *syphilis hypérostosante*, *syphilis nécrosante* et *gommès périostiques* ou *ostéomyélitiques*.

Dans la syphilis héréditaire, on observe :

1° Des *lésions précoces*, survenant chez le nouveau-né et le plus fréquemment avant le sixième mois.

2° Des *lésions tardives* s'observant depuis l'âge de trois ans.

Le diagnostic de la syphilis osseuse dans un certain nombre de cas s'impose et n'a presque pas besoin d'être discuté. Dans les cas douteux on aura recours à la réaction de Wassermann et au traitement mercuriel, comme traitement d'épreuve.

Nous avons insisté sur l'importance que présente dans ce cas l'examen radiologique.

Vu : le Président,

GAUCHER

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Curdy.** — Syphilis of the bones and its bearing on hypertrophy and atrophy « *American orthopedic.*
— Association 3-5 mai 1910 in *journ. of. the Américan Medical Association* 2 juillet 1910 p. 50.
- Fraenkel.** — Ostéo-chondritis syphilitica und Periostitis syphilitica congenita « *Aerztlicher Verein Zu Hamburg* 8 mars 1910 in *Berliner k Wochens* 4 avril, 1910 p. 652
- Gaucher.** — De la dactylite osseuse suppurée (spina ventosa) syphilitique. « *Acad. de méd.* » 29 mars 1910.
- Clogne.** — *Délocalisation périostique et osseuse de la syphilis secondaire.* Thèse, Paris 1910-11.
- Horwitz.** — Differential points in the Character of the bone lesion in tuberculous and acute osteomyelitis, rachitis and syphilis « *Kansas City med. Index hancet*, mai 1910.
- Spillmann.** — *Syphilis osseuse.* 1909.
- Jenssen.** — Gummöse Periostitis tibiae. « *Archiv. f. Dgie* » janvier 1910 p. 471.
- Mollard et Favre.** — Ostéo-arthrite syphilitique tertiaire (pseudo-tumeur blanche syphilitique Soc. de méd. de Lyon. 7 février 1910 in *Lyon méd.* 6 mars 1910.
- Staub.** — Ostéomyélitis syphilitica. — « *Dermatologische Zeitsclor.* — Nov. 1909 p. 735.
- Whitehouse.** — Case of late gummatous syphilis with periostitis New York Dermatological Society 23 février 1909, in *journ. of. cutaneous Diseases* mai 1909-215.
- Mouchet et Meaux Saint-Marc.** — Sur les formes anormales

- de l'hérédo-syphilis des os longs. *Rev., d'orthop.*, 1914, 37-52.
- Savariaud.** — Les manifestations osseuses et articulaires de l'hérédo-syphilis, chez l'enfant. *Med., inf.*, 1914, 7-12.
- Valtancoli.** — Contributo clinico all'importanza della radiografia nella sifilide éreditaria tardiva delle ossa lunghe. « *Arch., di orthop.* » Milano, 1913, 688, 700.
- Fitzwilliams.** — Syphilitic affections of bones in childhood *blin Journ. London*, 1914, 33-41.
- Halipré.** — Hérédo-syphilis lésions ostéo-périostées, nécessité dans certains cas de l'emploi successif du traitement ancien et du néo-Salvarsan. *Revue méd., de la Normandie*, 1913, 341-344.
- Mouchet et Meaux Saint-Marc.** — Sur les formes anormales de l'hérédo-syphilis tardive des os longs (Rapport de C. Lenormant). *Bull. et mémoires Soc. de Chirurgie de Paris*, 1913, 1347-1358.
- Savariaud.** — Les manifestations osseuses et articulaires de l'hérédo-syphilis chez l'enfant. *Journ. de méd. de Paris*, 1913, 247-254.
- Axhausen.** — Beiträge zur Knochen-und Gelenksyphilis *Berlin klin Wochenschrift*, 1913 — 2361, 2369.
- Boorstein.** — Syphilis of bones and joints; with report of ten Cases. *Sugery; Gynec et Obst.* Chicago, 1914-46.55.
- Philbert (M).** — *Aspects radiographiques de syphilis héréditaire, tuberculose et ostéomyélite diaphysaires des os longs chez l'enfant.* Thèse Paris. 1913.
- Vanzetti.** — Hella périostite sifilitica sperimentale con cari delle ossa della volta cranica *Sperimentale, Firenze* 1913, suppl. 53, 55.
- Gregory et Karpas.** — Syphilitic bone disease of the skull *Journal. Nerv. et Ment. Diverses.* Ny. 1913-651.659.
- Gaucher et Crouzon.** — Une observation de côtes cervicales d'origine hérédo-syphilitique. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1913, vol. 36. p. 98-100.

- Levesque.** -- Accident tertiaire de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur gauche; phagédénome ténébrant de la face; mort par cachexie. *Revue hebdomadaire de laryngologie* 1913-129, 133.
- Addison.** -- Syphilitic diseases of bones and joints in children. « *Med. Press. et Circ.* London 1913, 333-657, and *West London Medical Journal* 1913 vol. 18-85-91. »
- Owen.** -- Syphilitic diseases of joints and bones in childhood their differential diagnosis from the medical standpoint *Med. Press. et Circ.* London 1913, 318-320.
- Skillern.** -- Syphilis in the etiology of fibrous osteitis. *Am Jour. méd. Sciences*, Philadelphie, 1913, 531-535. vol. 116.
- Syphilitic ostéopériostitis of phalanges of middle finger. *Am Journal medical Sciences*, 1913, 207. vol. 116.
- Broca.** -- Syph. héréditaire des os et articulations, *Revue pratique d'obst et des pédiatrie*, 1913, 1, 33; obs. 17, 129.
- Covisa.** -- Baso notable de sífilis oseá *Revista Clinica de Madrid*, 1913, vol. 9, p. 457, 459.
- Goodman.** -- A case of syphilitic périostitis cured by salicylates. *Boston M. et Sur. Journal*, 1913, vol. 128. 927.
- Levy Bing et Duroeux.** -- Un cas d'hyperostoses syphilitiques héréditaires des os long, *Annales des maladies vénériennes*, 1913, 116, 124.
- Fleckseder.** -- Ein Fall von visceraler hues und « Gumma des os occipitale ». *Mittheilungen d. Gessellschaft J. inn. Med. und Kinderh.* Wien, 1913, 6.
- Moutot et Jaubert de Beaujeu.** -- Un cas rare de syph. osseuse *Bulletin de la Société de radiologie médical de Paris*, 1912, 295, 298.
- Schulman.** -- Syphilis of sternum *Journal américain médical association*, 1913, 515.
- Delbet.** -- Osteite syphilitique du tibia *Revue générale de Clinique et de Thérapie*, 1913, 68.
- Kirmisson.** -- A propos d'une osteite syphilitique du tibia *La Clinique*, 14 Juin 1912, p. 369, 372.

- Gaston.** — Syphilis contractée à 30 ans par un sujet présentant des ostéopathies hérédo-syphilitiques. *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, 1912, 471.
- Gangolphe.** — Syphilis osseuse préhistorique. *Gazette médicale de Paris*, 1912, 349-352.
- Rocher.** — Décollement épiphysaire symétrique de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras dû à l'hérédo-syph. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1912, 720.
- Aja (Sainz de).** — Sifilis hereditaria tardia : lesiones gomosas dermicas y osteoperiosticas de la tibia izquierda recidivantes. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, janvier 1912, 92.
— Hérédo-syphylis : espinas ventosas multiple de origen sifilitico. *Actas Dermo-Sifilio*, janvier 1912, p. 83.
- Auvray.** — Mal. de Pott syph. *Journal des Praticiens*, 15 juin 1912.
- Azua.** — Perforation craneal por reabsorcion osea consecutiva a osteo-periostitis gomosa. *Revista Clinica de Madrid*, 1^{er} janvier 1912, p. 42.
- Belot.** — Syphilis osseuse. *Société de radiologie médicale*, 9 avril 1912.
- Benazet.** — *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent*. Thèse Paris 1912.
- Bonnet.** — Arthrite syphilitique du coude avec fistulisation et lésions osseuses considérables. *Société des sciences médicales de Lyon*, 15 novembre 1911 in « *Lyon medical* » 1912 p. 134.
- Davis.** — Dactylitis syphilitica. *Philadelphia dermatological Society* 10 avril 1911, in *Journal of cutaneous Diseases*, 1912, 360.
- Ely.** — A case of bone syphilis masquerading as tuberculosis « *Medical Record* ». Juin 1912 p. 1179.
- Eringhaus.** — Knochenveränderungen bei hereditärer syphilis. *Berliner orthopadische Gesellschaft*, 3 juin 1912, in *Deutsch Mediz Wochenschrift*, 5 décembre 1912; 2337.

- Fraenkel. — Skelettveränderungen bei Lues congenita. *Aerztlicher Verein zu Hamburg*, 28 novembre 1911, in *Berliner klinische Woch.*, 5 février 1912, 283.
- Röntgenbilder Osteochondrites syphilitica. *Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg*, 20 février 1912 in *Munchener Mediz. Woch.*, mai 1912, p. 1248.
- Fica. — Pseudoparalisi del Porrot in un lattante di dulmesi. *Società medico-chirurgica aconetana*, mars 1912.
- Gaucher, Gougerot et Meaux. St-Marc. — Ostéite du maxillaire inférieur chez un tabétique avec élimination d'un volumineux séquestre *Bull. Soc. franç. de Dgie.*, juillet 1912, 341.
- Gaucher, Meaux. St Marc et Bourdeaux. — Hérédosyphilis, lératite interstitielle; crises épileptiformes. dystrophies dentaires multiples. *Bull. de la Soc. Franç. de Dgie.*, juillet 1912, 363.
- Desterne. — Diagnostic différentiel des tumeurs osseuses par la radiographie.
- Gilbert, Lippmann et Brin. — Mal de Pott sous-occipital syphilitique. *Bull. de Soc. franç. Dgie.*, décembre 1912, 590.
- Gotzky. — Ein Fall von Phalangitis syphilitica *Gesellschaft der Charité Aerzte*, juillet 1912, in *Berliner klin. Woch.*, 19 août 1912, p. 1633.
- Hamel. — A propos d'un cas de syphilis du péroné. *Archives médico-chirurgicales de Province*, 1912, 246.
- Hope. — Extensive syphilis necrosis of bones in relation to the nasal cavities. *Proceeding Society of London*. Section de larynxgologie, décembre 1912, p. 34.
- Löhe. — Beitrag zur Kenntniss der kongenital syphilitischen Knochen, und Gelenkentzündungen. *Archiv. fur Dgie.*, 1912 (mai) 735.
- Oppenheim. — 48jährigen Hilfsarbeiter mit multipoler perostaler und ostaler Gummenbildung. *Wienet Dermat-Gesellschaft*, 8 novembre 1911, in *Archiv. f. Dgie.*, février 1912 p. 129, vol. CXII.

- Roth. — Ostéo-periostitis of. left tibia (congenital syphilitic)
Proceeding Society of. London Clinical Section, mai 1912,
p. 200.
- Schiperskaja. — Heredo-syphilis. Dystrophie du système
osseux *Soc. de Dgie. et de Syph.* Tarnowsky de St-
Pétersbourg, 27 octobre et 10 novembre 1912.
- Schuster. — Ueber ostitis chronica luctica *Medizinische
Gesellschaft zu Chemnitz*, 17 janvier 1912, in. *Munchener
med. Wochenschr.*, 19 mars 1912 p. 662.
- Sevestre. — *Le sang et les organes hématopoïétique (prin-
cipalement maladie osseuse) dans la syphilis héréditaire
des enfants du premier âge.* Thèse Paris, 20 juillet 1912.
- Arcelin. — Diagnostic de la syphilis osseuse. *Association
française pour l'avancement des sciences*, Dijon 1911.
Comptes-rendus p. 187.
- Bénazet. — *Syphilis tardive des os longs chez l'enfant et
chez l'adolescent*, Thèse Paris, 1911.
- Bine. — Syphilitic osteoperiostitis « *California Hote Jour.
of. médecine*, San-Francisco nov. 1911, n° 11.
- Blumel. — *Abnormes Längenwachstum in den langen
Röhrenknocken bei hereditärer. Lues.* Thèse Mun-
chen 1911.
- Boisseau et Prat. — Syphilis héréditaire dystrophique
(osseuse oculaire) de seconde génération. Réaction de
Wassermann positive. *Annales de Dermatologie*, juin
1911, p. 33.
- Bonneau. — Syphilis osseuse. *Soc. des Chirurgiens de
Paris*, Paris 17 novembre 1911.
- Brandweiner. — Gummata der Schleimhaut und des périoste,
W. Dermat Gesells, 3 février 1911, in *Archiv. f.
Dgie.*, avril 1911, p. 452.
- Callaghan. -- Case of syphilis nécrostic of cervical vertebra.
Lancet, London 23 septembre 1911.
- Clendening and Skinner. — Gomma of sternum. *Interstate
Medical Journal*, décembre 1911, n° 12.

- Covisa.** — Un caso de talalgia de origen sifilitico. *Actus dermosifiliograficas*, février-mars 1911, p. 324.
- Dittrich.** — Multiple syphilitic dactylitis. *Mauhattan Dermatology Society*, avril 1911. *Journal of cutaneous diseases*, décembre 1911, p. 642.
- Exles.** — Otitis und osteomyélites luetica des linken horizontalen. Unterkieferastes in einem Falle von Lues hereditaria tarda. Inaug. Destert Munchen, 1911.
- Finder.** — Syphilis beider Sternhohlen und des Siebbeins. *Laryngologische Gesellschaft*, Zu Berlin, mai 1911, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 26 juin 1911, p. 1201.
- Fränkel.** — Knochenaufnahmen von kongenitaler syphilis. VII^e kongres der Deutschen Roentgengesellschaft in Berlin, 22-23 avril 1911. *Dermatological Zeitschrift*, juin 1911, p. 603.
- Gastou.** — Le diagnostic radiologique de la syphilis osseuse et articulaire. *Association française pour l'avancement des sciences*, Dijon, 1911, p. 190.
- Gaucher.** — Ostéo-périostites syphilitiques et traitement d'épreuve *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 décembre 1911, p. 890.
- Les lésions osseuses de l'hérédo-syphilis tertiaire. *Progrès Médical*, 30 décembre 1911, p. 638.
- Heath.** — Syphilitic osteites of the femur. *Proceeding Society of London Section for the study of Disease in Children*, 24 mars 1911, p. 103.
- Jervey.** — Syphilitic hypertrophy of the inferior turbinates with report of a cases. *The journal of the american medical association*, 22 avril 1911, p. 1191.
- Le Fur.** — Un cas intéressant de syphilis osseuse peut être associé à la tuberculose ostéo-articulaire *Société des chirurgiens de Paris*, 10 novembre 1911.
- Lombès.** — *Considération sur la spina ventosa syphilitique*. Thèse, Toulouse 1910-11.
- Monod.** — Nécrose du maxillaire inférieure d'origine syphi-

litique. Hémi-résection totale. Restauration fonctionnelle.
Revue de Stomatologie, février 1911, p. 56.

Staub. — Osteomyelitis bei einem Luetiker. *Association française de Dermatologie*, janvier 1910, p. 455.

Stokes. — Syphilis of bone *Western Medical Review*, avril 1910.

Vignolo-Lutati. — Syphilis vertébrale (maladie de Pott syphilitique) *Gazetta medica italiana*, 2 juin 1910-211.

Ziesche. — Spondylitis gummosa *Breslauer chirurgicale Gesellschaft*, 14 mars 1910, in. *Berliner Klin Wochenschrift*, 18 avril 1910, p. 744.

Nicolas Favre et Laurent. — Syphilis serofuloïde cutanée ganglionnaire ostéo-articulaire. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre syphilis et tuberculose. *Journal des praticiens de Lyon et de la région*, 1911, 27.

Saltykow. — Multiple Knochenfrakturen bei angeborenerhue, 80. Versammlung des schweizerischen aerzelichen centralvereins, 26, 27 mai 1911, in *Correspondenz Blatt. fur. Schweizer Aerzte*, juillet 1911, 673.

Savariaud. — Un cas d'hérédosyphilis méconnue avec manifestations ostéoarticulaires ayant motivé plusieurs opérations et continuant à évoluer malgré le traitement classique. Injection de 606. Disparition des accidents. *Pédiatrie pratique*, mai 1911, n° 13.

Scherber. — Periostale Gumma des Beckens *Wiener Dermat. Gesells.* 26 octobre 1910 in. *Archiv. f. Dgie* janvier 1911.

Sée. — Ostéite syphilitique du front. *Bul. de la Soc. franç. de Dgie*. Janvier 1911, p. 44.

Boikow. — Recherches radiographiques dans un cas de lésions osseuses multiples chez un hérédo-syphilitique, *Jour. Russ. des malad. cutan. et syphil.* août 1910, p. 80.

Chiray et Poulard. — Un cas de syphilis tertiaire osseuse ayant résisté pendant un an à toute une série de traite-

ments mercuriels et arsenicaux et guérissant en huit jours à la suite des injections de 606. *Soc. méd. des hôpitaux*, 17 juin 1910.

Winfield. — Ostéopathies of. quaternary syphilis (Gaucher). A report of the examination of forty-six orthopædic cases for evidences of inherited syphilis. *Jour. of Cutaneous diseases*, septembre 1909, p. 394.

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et C^{ie}.
